

BETLÉRI ISTVÁN*

Az aneszteziológia és intenzív terápia hazánkban a millenniumtól a millecentenáriumig

Az aneszteziológia a századforduló körül nem volt önálló orvosi diszciplína – sem hazánkban, sem másutt. Ez azonban nem jelenti azt, hogy nem létezett. Anélkül, hogy belekeverednék a „már a régi görögök” szokványformuláiba, meg kell említenem, hogy amióta sebészet létezik, azóta aneszteziológia is van, hiszen az emberi testen végzett operatív beavatkozások ismert módon fájdalmasak, s a sebész elsőrangú kötelessége volt – de elemi érdeke is – hogy a beteg gyötrelmeit enyhítse, s ha lehet, megszüntesse.

Davy, Marton és Simpson évszázadokon át világító nyitánya nagysodrású eseménysort indított útjára. Különösen az éter és a kloroform narkózis híre hamar eljutott hazánkba is, és Balassa jóvoltából nálunk is megváltoztatta azt a világot, amit úgy hívunk, hogy operatív orvostudomány.

Megnyílt az út – és a narkózis által nyílt meg igazán – a testüregi, elsősorban hasi sebészet előtt. Csak jellemzésül említem meg a múlt század első felében e téren uralkodó homály bemutatására, hogy az 1820-as években még az sem volt világos, hogy a perityphliticus tályogot a féregnyúlvány lobja okozhatja.

A „csöpögtetős” éternarkózis, mint szerte a világon, nálunk is megtartotta szinte kizárólagos uralmát századunk 50-es éveigiig, amikor is az intubációs technika vette át a stafétabotot.

Hogyan is működött a nyílt éternarkózis? Technikája látszólag nagyon egyszerű volt, hiszen a morfinnal-atropinnal előkészített beteget előbb klór-etillel „elkábítottuk”, majd a gézzel fedett Schimmelbusch kosárra folyamatosan étert csöpögtettünk, amit belélegzett. Ha a szert jól adagolta az orvos, továbbá ha rendelkezett a betegmegfigyelés alapvető ismereteivel (bőrszín, légzés, pulzusszám, vérnyomás, izomtónus stb.), általában minden baj nélkül zajlott le a folyamat. Baj csak akkor fenyegetett, ha a betegnek légúti vagy komolyabb anyagcsere betegsége volt. Érdekes, hogy a keringő rendszert, a szívet kevésbé károsította az éter. Természetesen a legnagyobb bajkeverő a narkotizőr tudatlansága, figyelmetlensége volt.

Az éter cseppnarkózisnak Európában, így hazánkban sem vált konkurensévé a ciklopropán narkózis, melynek elsősorban Amerikában támadtak hívei. Annál inkább előtérbe került a 20-as–30-as években a helyi érzéstelenítésben való operálás. Hazánkban e módszert először kiterjedten Ádám Lajos gyakorolta és propagálta. Régen ismert volt a coca cserjéből előállított alkaloidnak, a kokainnak az érzéstelenítő, zsongító hatása, melyet már régen használtak nyálkahártya érzéstelenítés céljára – elsősorban a gégeszek. A vegyileg eltérő szerkezetű, de hasonló hatású Novokain

* 1051 Budapest, Harmincad utca 3.

felfedezése tette lehetővé a műtési terület helyi infiltrálása által a fájdalommentes operálást, nemcsak felszíni, hanem hasi és mellüregi beavatkozások esetében is. Nagy előny volt, hogy a narkózis mégiscsak toxikus hatásaival nem kellett számolni. A beteg a műtét alatt ébren volt, s amennyiben a sebész szakavatottan végezte az infiltrációt, gyakorlatilag a beavatkozás fájdalommentesen zajlott le.

Visszatérve a narkózis kérdésére, meg kell említenünk, hogy már a század első évtizedeiben felmerült a gondolat: helyesebb lenne az altató gázokat és gőzöket valamilyen géppel adagolni a betegnek. 1917-ben szerkesztette meg *Boyle* az első altatógépet, melyet az európai kontinensen az azóta is verhetetlen *Draeger* követett. Tulajdonképpen ez nyitott ajtót annak a korszakváltásnak az aneszteziológiában, amit az intubációs narkózis jelentett.

Bókay János jeles magyar gyermekgyógyász már az első világháború előtt többször eredményesen intubálta merev ezüst tubussal a diftériás gyermekek tracheáját, hogy a légutakat elzáró ún. kruppot eltávolítsa. Tudott az is, hogy újraélesztési, mentési célból – elsősorban vízbefúrtak esetében már évszázadok óta tettek nádszállal ilyen kísérleteket. Mindez azonban csak gyermekes próbálkozás volt a gumiból készült, felfújható mandzsettával ellátott Magill-tubushoz viszonyítva.

A második világháború egyrészt hatalmas lendületet adott az aneszteziológia fejlődésének, magyar szempontból azonban súlyos visszaesést is jelentett, hiszen a fejlődés oroszánrésze az angolszász országokban történt, így mi attól el voltunk zárva.

A mai értelemben vett korszerű aneszteziológia ott fejlődött először nálunk is, ahol az elengedhetetlenül szükségessé vált. Ez a terület a szív- és mellkasi sebészet. *Littmann Imre* kiváló, sokoldalú, minden irányban nyitott gondolkodású sebész végezte hazánkban 1949-ben az első intratracheális narkózist 1948-ben tett angliai tanulmányútja után. Ugyancsak az elsők között volt *Keszler Pál* is. Az első igazi, immár főfoglalkozású aneszteziológus *Pálos László* volt. 1958-ban a Magyar Sebésztársaságon belül megalakult az aneszteziológiai szekció.

A 60-as években az aneszteziológia területén a szűklátókörű és a fejlesztéshez szükséges anyagiak tekintetében is szűkkeblű akkori egészségügyi kormányzat meg nem értése ellenére pezsgő fejlődés indult meg. A kommunista kormányzat kegyeltjei hivatalosan, akik az akkori bűvös körön kívül éltünk, kerülő utakon, de mégis eljutottunk a nagyobb nyugat-európai kórházakba, és sorra vezettük be hazánkban is a korszerű módszereket.

Az aneszteziológia mint szakma önállósult, de tanszékek nagyon sokáig – a 70-es–80-as évekig nem alakultak. Az első tanszék az Orvostovábbképző Intézetben létesült *Jakab Tivadar* vezetésével.

Viszont körvonalazódott az aneszteziológia részeként az intenzív terápia hazánkban is.

Jellemző, hogy ezenközben a Szovjetunió bűvkörében élők – egy törpe, de potens kisebbség a szakmán belül – ebben az időben még mindig a *Visnyevszki*-féle negyedszázalékos Novokain infiltrációs helyi érzéstelenítést propagálták.

A világ vezető gyógyszergyárai időközben számos új készítményt fejlesztettek ki, amelyek egyre inkább eleget tettek a nagy francia sebész, *Leriche* elvárásainak, aki azt hirdette már századunk elején, hogy a betegnek a műtétet nem „kibírnia” kell – hanem azon úgy kell átesnie, hogy élettani egyensúlya meg se billenjen („Chirurgie physiologique”).

Az igazság része és fontos (negatív) tényező a szakág fejlődése szempontjából, hogy a magyarországi torz orvos-javadalmazási hierarchia legalján helyezkedtek el az operatív orvostudomány ezen lelkes pionírai, hiszen arról senki nem gondoskodott, hogy ez a terület anyagi megbecsülésben is részesüljön. (There is one God in heaven and one leader in the operating theatre.)

Ezen visszás helyzet következménye az lett, hogy a lelkes pionírok közül sokan csalódtak, elvándoroltak. Aki tehetett, „boldogabb hazákba”, mások szakmát változtattak, s abban az országban, amely a fejlődésben – mondhatjuk nyugodtan – élen járt, ma még a posztkommunista országok között is az utolsók között bandukolunk, s mindennapos az orvos nélküli, úgynevezett nővérnarkózis.

Mindazonáltal a fejlődés nem áll meg. Fejlődik a monitorizálás, amely egyre több élettani paraméterbe enged bepillantást mind a műtét alatt, mind a perioperatív időszakban. Tulajdonképpen ezen monitorok tanítottak és tanítanak meg bennünket a sebészi élettanra, kórélettanra. Lassan elfoglalják reális helyüket a kezdeti túlzott „fetisizálás” után.

